

2. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

దరఖాస్తుదారుడు 1

పేరు _____

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు _____ (HUF) _____ (అంగుళం) బరువు _____ (kg)

మొబైల్ నెంబరు _____ పుట్టిన తేదీ _____ D D / M M / మరయ్యారయ్యారయ్యారు భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రహార తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి): స్వయం/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు _____

ii. కొన్ని పేరు _____

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారుడు 2

పేరు _____

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు _____ (HUF) _____ (అంగుళం) బరువు _____ (kg)

మొబైల్ నెంబరు _____ పుట్టిన తేదీ _____ D D / M M / మరయ్యారయ్యారయ్యారు భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రహార తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి): స్వయం/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు _____

ii. కొన్ని పేరు _____

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారుడు 3

పేరు _____

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు _____ (HUF) _____ (అంగుళం) బరువు _____ (kg)

మొబైల్ నెంబరు _____ పుట్టిన తేదీ _____ D D / M M / మరయ్యారయ్యారయ్యారు భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రహార తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి): స్వయం/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు _____

ii. కొన్ని పేరు _____

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారుడు 4

పేరు _____

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు _____ (HUF) _____ (అంగుళం) బరువు _____ (kg)

మొబైల్ నెంబరు _____ పుట్టిన తేదీ _____ D D / M M / మరయ్యారయ్యారయ్యారు భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రహార తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి): స్వయం/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు _____

ii. కొన్ని పేరు _____

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారుడు 5

పేరు _____

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు _____ (HUF) _____ (అంగుళం) బరువు _____ (kg)

మొబైల్ నెంబరు _____ పుట్టిన తేదీ _____ D D / M M / మరయ్యారయ్యారయ్యారు భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రహార తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి): స్వయం/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు _____

ii. కొన్ని పేరు _____

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారుడు 6

పేరు _____

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు _____ (HUF) _____ (అంగుళం) బరువు _____ (kg)

మొబైల్ నెంబరు _____ పుట్టిన తేదీ _____ D D / M M / మరయ్యారయ్యారయ్యారు భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రహార తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి): స్వయం/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు _____

ii. కొన్ని పేరు _____

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా _____

* ప్రీమియంపై 5% డిస్కాంట్ పొందండి, ఇది వేరియంట్ 2022 కు మాత్రమే వర్తిస్తుంది. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అంటే ఏదైనా రాష్ట్రం లేదా మెడికల్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా లేదా కౌన్సిల్ ఫర్ ఇండియన్ మెడిసిన్ లేదా భారత ప్రభుత్వం లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ఏర్పాటు చేసిన హెల్సు యొఫ్ ఇండియా టిక్ కోసం మెడికల్ కౌన్సిల్ నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉండి, తద్వారా దాని పరిధిలో వైద్యాన్ని ప్రాక్టీస్ చేయడానికి అర్హత ఉన్న వ్యక్తి; మరియు తన లైసెన్స్ పరిధి మరియు అధికార పరిధికి లోబడి పనిచేస్తుంది. గమనికలు: 1. ప్రహార తో దరఖాస్తుదారుడు 1 యొక్క సంబంధం ఉద్యోగి అయితే, అప్పుడు ఇతర దరఖాస్తుదారుల సంబంధం దరఖాస్తుదారుతో ఉంటుంది 1.

3. కవరేజ్ ఎంపిక:

బేస్ కవరేజ్:

పాలసీ రకం#:	<input type="checkbox"/> వ్యక్తి <input type="checkbox"/> ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్
కవర్ చేయాలిన్న జీవితాల సంఖ్య:	<input type="checkbox"/> ఏళ్లు <input type="checkbox"/> ఏళ్లు
వేరియంట్:	<input type="checkbox"/> వేరియంట్ 2022 <input type="checkbox"/> వేరియంట్ 1 <input type="checkbox"/> వేరియంట్ 2 <input type="checkbox"/> వేరియంట్ 3 <input type="checkbox"/> ఫ్యామిలీ ఫస్ట్ <input type="checkbox"/> వేరియంట్ 2023
బేస్ బీమా మొత్తం:	బీమా చేసిన మొత్తం (వ్యక్తిగత లేదా కుటుంబ ఫ్లోటర్) బీమా మొత్తం (కుటుంబం మొదటిది) వ్యక్తి బీమా మొత్తం (ఫ్యామిలీ ఫస్ట్) ఫ్లోటర్
పాలసీ కాలపరిమితి:	<input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 2 సంవత్సరాలు <input type="checkbox"/> 3 సంవత్సరాలు

ఆప్షనల్ కవరేజ్:

1. హాస్పిటల్ క్యాష్.	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
a. ఫ్యామిలీ ఫస్ట్ ప్లాన్ కొరకు ఆసుపత్రి క్యాష్ (ఒకవేళ ఎంచుకున్నట్లయితే)	<input type="checkbox"/> 1,000/ రోజు <input type="checkbox"/> రోజుకు 2,000
2. వార్షిక మొత్తం మినహాయింపు	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1 సరస్సు <input type="checkbox"/> 2 సరస్సు <input type="checkbox"/> 3 సరస్సు <input type="checkbox"/> 4 సరస్సు <input type="checkbox"/> 5 సరస్సు <input type="checkbox"/> 10 సరస్సు
3. ఒకవేళ పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్ ఎంచుకుంటే దయచేసి టిక్ చేయండి (ఈ ఆప్షన్ 18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న దరఖాస్తుదారులకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది)	దరఖాస్తుదారుడు 1 <input type="checkbox"/> దరఖాస్తుదారుడు 2 <input type="checkbox"/> దరఖాస్తుదారుడు 3 <input type="checkbox"/> దరఖాస్తుదారుడు 4 <input type="checkbox"/> దరఖాస్తుదారుడు 5 <input type="checkbox"/> దరఖాస్తుదారుడు 6 <input type="checkbox"/>
పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్ ఫ్రాక్టర్ (బేస్ మొత్తం బీమా చేసిన సమయాలు)	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 5X

యాద్-ఆన్(లు):

1. కాపాడు	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> కాపాడు <input type="checkbox"/> సేఫ్ గార్డ్+
2. కోపేమెంట్	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 1 0% <input type="checkbox"/> 2 0% <input type="checkbox"/> 3 0% <input type="checkbox"/> 4 0% <input type="checkbox"/> 50%
3. ప్రీ-ఎగ్జిట్ డీసీజ్ వెయిటింగ్ ప్రిమ్ మాడిఫికేషన్	
i. వేరియంట్ 1	<input type="checkbox"/> కాదు ఎంపిక చేయబడింది <input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 2 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 3 సంవత్సరం
ii. వేరియంట్ 2, వేరియంట్ 3 వేరియంట్ 2022, ఫ్యామిలీ ఫస్ట్	<input type="checkbox"/> ఎంచుకోబడలేదు <input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 2 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 4 సంవత్సరం
4. గది రకం మార్పు	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> ప్రామాణిక సింగిల్ రూమ్ <input type="checkbox"/> భాగస్వామ్యతయబడింది

*Family ఫ్లోటర్ బీమా మొత్తం బీమా చేయబడిన సంఖ్యలందరికీ వారం రూ. ఫ్లోటర్ అంటే ప్రకృతంగా లేదా సుస్థిగా బీమా చేసిన వారందరూ ఆసుపత్రి వరకు 99% ఈ పరిమితిని క్రియేట్ చేసుకోవచ్చు; రోజుకు రూ. 1,000 (వేరియంట్ 1 కోసం), రోజుకు రూ. 2,000 (వేరియంట్ 2 కోసం), రోజుకు రూ. 4,000 (వేరియంట్ 3 కోసం), మరియు వేరియంట్ 2022 కోసం: రోజుకు రూ. 1,000 (రూ. 5 లక్షల వరకు బీమా మొత్తం కోసం), రూ. 15 లక్షల వరకు.

4. పోలిసిటీ

పాలసీ నెంబరు	ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ..	రిస్క్ ముగింపు తేదీ	రిస్క్ ముగింపు తేదీ	పోలింగ్ చేయడానికి కారణాలు

పోలిసిటీ కోరిన ప్రతిపాదిత బీమాదారుని పేరు	మొదటి పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	పోలిసిటీ అభ్యర్థించబడిన నిరంతర కవరేజ్ యొక్క సంవత్సరాల సంఖ్య	గత పాలసీల్లో క్లెయిమ్స్..	ప్రస్తుత క్లెయిమ్ బోనస్ లేదు	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 1 (పాతది)	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 2	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 3	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 4 (గడువు ముగిసే)

5. నామినేషన్ ప్రారంభం

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క బాధ్యతను నిర్వహించడాన్ని తెలియజేస్తుంది.

నామినీ పేరు	పుట్టిన తేదీ	ప్రతిపాదకుడికి సంబంధం	నామినీ యొక్క దిగువనామా, మొబైల్ నెంబరు మరియు ఇమెయిల్ ఐడి	నియమిత పేరు (నామినీ వయస్సు 18 సంవత్సరాల కంటే తక్కువగా ఉంటే)

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: లబ్ధిదారుని పేరు:

బ్యాంక్ పేరు: _____ ఖాతా రకం: _____ పొరువు: _____ పిన్ కోడ్: _____

ఖాతా నెంబరు: _____ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్: _____

6. వైద్య, అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

సెక్షన్ ఎ: బీమా చేయించాలని ప్రతిపాదించిన వ్యక్తులకు సంబంధించి:	సభ్యుడు 1	సభ్యుడు 2	సభ్యుడు 3	4 సభ్యులు	సభ్యులు 5	సభ్యుడు 6
జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రెడిట్ ఇల్వెన్స్ ఇన్సూరెన్స్ కోరకు ఏదైనా దరఖాస్తును ఏదైనా బీమా కంపెనీ ఎప్పుడైనా తిరస్కరించింది, వాయిదా వేసింది, లేదా చేసింది లేదా ఏదైనా ప్రత్యేక పరిశీలనకు లోబడి చేసింది?						
సెక్షన్ బి: బీమా చేయించుకోవాలనుకునే వ్యక్తిలో ఎవరికైనా ఎప్పుడైనా వ్యాధి నిర్ధారణ అయిందా?						
i. గుండెపోటు, హార్ట్ ఫైయియర్లు, ఇస్కెమిక్ హార్ట్ డిసీజ్ లేదా కోనరీ హార్ట్ డిసీజ్, ఆంజినా వంటి గుండె జబ్బులు	లో	లో	లో	లో	లో	లో
ii. కణితి, ఏదైనా అవయవ క్యాన్సర్, లుకేమియా, లింఫోమా, నాల్సోమా	లో	లో	లో	లో	లో	లో
iii. ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం (మూత్రపిండాలు, కాలేయం, గుండె, శిశిరాల వంటివి మొదలైనవి)	లో	లో	లో	లో	లో	లో
iv. శ్లోక, ఎస్సెన్షియల్ పతి, మెదడు గత లేదా ఏదైనా నాడీ సంబంధిత వ్యాధి	లో	లో	లో	లో	లో	లో
v. పల్సినరీ పైటోసిస్, శిశిరాల వ్యాధి లేదా ఇంటర్ ఫ్యూజిల్ లంగ్ డిసీజ్ (బుల్ డి)	లో	లో	లో	లో	లో	లో
vi. హెపటైటిస్ బి లేదా సి, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధి, క్రోన్స్ వ్యాధి, ప్రోస్టేటిస్ పెర్మనెంట్ శిథిలం	లో	లో	లో	లో	లో	లో
vii. ఇసుము లోపం రక్షణానత కాకుండా ఇతర రక్షణానత	లో	లో	లో	లో	లో	లో
viii. 5 రోజులకు పైగా ఆసుపత్రిలో చేరారు	లో	లో	లో	లో	లో	లో
ix. వరుసగా 10 రోజులకు మించి ఎప్పుడైనా మందులు తీసుకున్నారా? మందులలో ఇన్ఫెక్షన్లు, ఇంజక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలు ఉంటాయి కాని పరిమితం కాదు.	లో	లో	లో	లో	లో	లో
x. సిఫారసు చేయబడలేదని చికిత్స, శస్త్రచికిత్స లేదా వైద్యానికి వేచి ఉండటం	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xi. గతంలో ఎదుర్కొన్న ఏదైనా వ్యాధి నయం అయిందా లేదా అని ఏదైనా కాలానుగుణ్య/క్రమం తప్పకుండా ఫోలోఅప్ కింద? ఫోలోఅప్ అంటే క్రమానుగత సంప్రదింపులు, పరిశోధనలు మొదలైనవి.	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xii. డాక్టర్(లు)తో ఏదైనా సంప్రదింపులు జరపండి లేదా	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xiii. డయాబెటిస్ (అధిక రక్తంలో చక్కెర), ప్రీ-డయాబెటిస్, అధిక రేదా తక్కువ రక్తపోటు, ఛాతీ నొప్పి లేదా ఏదైనా గుండె జబ్బులు లేదా డైరాయిడ్ రుగ్మత, ఉబ్బసం, బ్రోన్చైటిస్	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xiv. తల్లిదండ్రులకు ఏదైనా వంశపారంపర్య లేదా జన్మ పరిస్థితి ఉందా? ఏదో ఒకటి ఏవైనా కార్యకర్త ఫైల్ అయితే, అంటే వ్యాధి లేకపోయినా, కారీ అయినట్లయితే దయచేసి పేర్కొనండి.	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xv. గాల్ బ్లాడర్, కిడ్నీలు, యూరినరీ బ్లాడర్, యూరెటర్ వంటి ఏదైనా అవయవంలో ఏదైనా కాల్యూలస్ (స్టోన్) రుగ్మత.	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xvi. కణితి (వ్యాధి) నిరూపించిన లేదా ప్రాణాంతకమైన, శరీరంలో ఎక్కడైనా బాహ్య వుండు / పెరుగుదల / తిత్తి / ద్రవ్యరాశి?	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xvii. హెచ్ఐవి / ఎయిడ్స్, రక్తహీనత, తలసేమియా, హిమోఫిలియా లేదా ఏదైనా ఇతర రక్త సంబంధిత సమస్య.	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xviii. మానసిక/మానసిక అనారోగ్యాలు లేదా నిద్ర రుగ్మత?	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xix. పైన పొందుపరచిన ఏదైనా ఆరోగ్య పరిస్థితి, వ్యాధి, లక్షణాలు లేదా ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన సమాచారం. ఈ ప్రశ్నకు సమాధానం ఎవరికైనా అవును అయితే, అన్ని వైద్య పత్రాలను అందించండి.	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xx. పొగాకు/గుట్కా/పాన్ మసాలా లేదా అల్కహాల్ ధూమపానం చేయడం లేదా సేవించడం అవును అయితే, దయచేసి ఈ క్రింది వాటికి సమాధానం ఇవ్వండి:	లో	లో	లో	లో	లో	లో
దరఖాస్తుదారుడు ధూమపానం/పొగాకు సేవించడం ఎప్పుడు ప్రారంభించాడు? ఎ) పాతకాల బి) 10+2 సి) కళాకాల డి) పని ప్రారంభించినప్పుడు ఇ) తరువాత						
దరఖాస్తుదారుడు ఎన్ని సంవత్సరాల నుండి మద్యం సేవిస్తున్నాడు?						
దరఖాస్తుదారుడు వారానికి ఎన్ని రోజులు మద్యం సేవిస్తాడు? (1/2/3/4/5/6/7)						

10. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ క్రెడిట్ కార్డు/డెబిట్ కార్డు నెట్ బ్యాంకింగ్ క్యాష్ ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం ఆన్లైన్ పేమెంట్ ట్రాన్సాక్షన్ ఐడి: ఖర్చారం D D M M మరచిపోయినప్పుడు

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచి నివా బుచా బ్రాంచ్ స్థానం

కోడ్ నెం. బిజినెస్ సోర్స్: అక్షయ్ జర్నల్/డిఎస్సీ/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానల్స్

కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: D D M M మరచిపోయినప్పుడు కస్టమర్ ఐడి:

ప్రపోజర్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందినా? అవును కాదు

11. బాంకాస్ ఇన్సూరెన్స్ ఛానల్ కొరకు మాత్రమే అదనపు వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ SP కోడ్ RM/LG కోడ్

C customer ఖాతా నెంబరు

12. బీమా సలహాదారు యొక్క రిపోర్ట్ (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

బీమా సలహాదారు/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగత/బ్రోకర్/రిటైన్డ్ పిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్దేశ్యంగా నేను ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను వివరించానని, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నలకు ఫైల్ మెంట్(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రపోజర్ ఫారంలో అతడు/ఆమె సమర్పించిన సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రపోజర్ ఫారం యొక్క అన్ని విషయాలను నేను వివరించానని ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ పాలీసీ జారీ చేయడం కొరకు కంపెనీ ద్వారా ఈ ప్రతిపాదన ఆమోదించబడితే, కంపెనీ మరియు ప్రతిపాదకుని మధ్య బీమా ఒప్పందం, ఒకవేళ ఏదైనా అసత్య ప్రకటన(లు)/సమాచారం/ప్రతిస్పందన(లు) ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలో/అనుబంధం(లు), అఫిడవిట్(లు), ఫైల్ మెంట్(లు), సమర్పణలు, సమర్పించాల్సిన/సమర్పించాల్సినవి మరియు ఇంకా ఏదైనా మెటీరియల్ వాస్తవాలను బహిష్కరించేయనట్లయితే, ఈ ప్రతిపాదనకు అనుగుణంగా అతడికి/ఆమెకు అనుకూలంగా జారీ చేయబడే పాలీసీ చెల్లుబాటు కానిదిగా కంపెనీ వరగణించబడుతుందని మరియు పాలీసీ కింద చేల్లించిన అన్ని ప్రీమియంలు కంపెనీకి జప్తు చేయబడతాయని నేను వివరించాను.

ఖర్చారం D D M M మరచిపోయినప్పుడు

బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

13. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక

ప్రపోజర్ ఫారం ప్రకటన లేదా ఆఫీస్ సెలక్షన్ ద్వారా ప్రకటన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా ఫునర్ ఫండ్ చేయడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రేరేపించడానికి ప్రత్యేకంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించరాదు లేదా ఆఫీస్ చేయకూడదు, ముతం లేదా చల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజిస్టర్ లేదా పాలీసీ పై చూపించిన ప్రీమియం యొక్క ఏదైనా రిజిస్టర్, లేదా పాలీసీని తీసుకునే లేదా ఫునర్ ఫండ్ చేయడానికి లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాసీడ్యూర్ లు లేదా పద్ధతులకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజిస్టర్ మినహా మరే రిజిస్టర్ ను అంగీకరించరు.

ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

14. గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగం కేటగిరీ (వర్గీకృత):

ఆశా వర్కర్ ఎంజీఎన్ ఆర్ ఇజిఎ కార్మికుడు

15. అభి ఐడీ

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏ బీ హెచ్ ఏ ఐ డీ ఉందా?		అభి ఐడీ	ఎ.బి.హెచ్.ఎ ద్వారా బీమా సంప్రదించినప్పుడు వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి	
	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు		<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు

నివా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, ఫార్మ్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
 డిస్కం, మరీ- ఇన్సూరెన్స్ అసోసియేషన్లకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో డీనిని మార్కెట్ బాచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (బిఆర్ డిఎం రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుచా', 'హెల్త్ బీట్' లోగోలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ట్రేడ్ మార్క్ లు మరియు ట్రేస్ మార్క్ కింద నివా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888, వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. CIN: 6000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, యెంటిగిరీ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సెల్ ఫోన్ నెంబర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
డిస్ట్రిబ్యూషన్: ఇన్సూరెన్స్ అసోసియేషన్లకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ గ్రామంలో దీనిని మ్యూక్స్ బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు (బిఆర్ డిఎఫ్ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుపా', 'హెల్త్ బీట్' లోగోలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ట్రేడ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. CIN: 6000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సెల్స్ బ్రాచర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

ప్రాధికార పేరు: హెల్త్ కంపానియన్, ప్రాధికార UIN: NBHHLIP24115V072324 యాడ్-ఆన్ పేరు: సెఫ్ గార్డ్, యాడ్-ఆన్ UIN: NBHHLIA24109V022324 |

యాడ్-ఆన్ పేరు: సెఫ్ గార్డ్, యాడ్-ఆన్ యుఎస్ఎన్: NBHHLIA24070V012324

కంపెనీ నుంచి ఆమోదం

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చు

మీ ప్రోజెక్ట్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు ద్వారా రూ. _____ తేదీ _____ తేదీని _____ ద్వారా మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కొరకు ఫూర్తి చేయబడ్డ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడ్డ ఏదైనా చెల్లింపు, పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయదు, ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మన యొక్క సంపూర్ణ మరియు సంపూర్ణ విచక్షణపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ బీమా కొరకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం ఫూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందుకోవలసివచ్చినట్లయితే లేదా సాకారం కానట్లయితే మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించనట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుంచి అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వడ్డీ లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రిసీవర్ యొక్క పేరు మరియు సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్